

Angehörigenbefragung in der vollstationären Pflege

Ein Projekt der Weissen Liste in Kooperation mit der Freien und Hansestadt Hamburg

Unsere Bitten und Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- Bitte füllen Sie den Fragebogen mit einem dunklen Stift aus (kein Bleistift).
- Bitte machen Sie nur innerhalb der Kästchen die Antwort-Kreuze.
- Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Frage bzw. Aussage.
- Wenn Sie etwas nicht beurteilen können oder nicht wissen, kreuzen Sie bitte „weiß nicht“ an.
- Die zurückgesandten Fragebögen werden maschinell gelesen. Kreuze zwischen den Kästchen und zusätzliche Kommentare oder Hinweise außerhalb der dafür vorgesehenen Kommentarfelder können daher leider nicht verarbeitet werden.

Bitte kreuzen Sie so an:

Meine Erwartungen, bezogen darauf, ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	über-troffen	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
Hier steht eine Frage, die Sie beantworten können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hier steht eine Aussage, der Sie mehr oder weniger zustimmen können.						weiß nicht
	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Bitte senden Sie bis zum 20. September ausschließlich den ausgefüllten Fragebogen im beigefügten adressierten und frankierten Rückumschlag direkt an das *Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein*.

Im Fragebogen wird zur leichteren Lesbarkeit durchgängig von „der Bewohnerin“ oder „den Bewohnerinnen“ gesprochen, weil die Mehrzahl der Bewohner/-innen weiblich ist. Selbstverständlich sind die männlichen Bewohner oder andere Geschlechter ebenso gemeint.

Sollten Sie Probleme beim Ausfüllen haben, rufen Sie bitte das Servicetelefon im Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein an:

Servicetelefon: 040 4 28 31 -17 23 oder -17 01

Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns sehr.

Hinweise zum Datenschutz:

Sie bleiben jederzeit anonym. Ihre Antworten unterliegen der strikten statistischen Geheimhaltung und werden gemäß der geltenden gesetzlichen Datenschutzvorschriften verarbeitet.

Ihre Adresse ist ausschließlich der Einrichtung bekannt. Die Einrichtung erhält jedoch Ihre Antwort nicht direkt, sondern nur in zusammengefasster und anonymisierter Form. Das am Ende des Fragebogens aufgedruckte Zeichen (Barcode) dient lediglich der Zuordnung der Fragebögen zu den Einrichtungen und enthält keinerlei persönliche Daten, weder von Ihnen als Befragten noch von der Bewohnerin.

Angehörigenbefragung in der vollstationären Pflege

Ein Projekt der Weissen Liste in Kooperation mit der Freien und Hansestadt Hamburg

1. Alltagsleben

Im Folgenden sind einige Aspekte zum Thema „Alltagsleben“ genannt. Bitte geben Sie jeweils an, ob die Wohneinrichtung Ihre Erwartungen „übertrifft“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ hat. Denken Sie dabei bitte vor allem an die letzten drei Monate .					
Meine Erwartungen, bezogen darauf, ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	übertrifft	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie vielfältig das Beschäftigungsangebot in der Wohneinrichtung ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie sehr das Beschäftigungsangebot den Neigungen und Fähigkeiten der Bewohnerin entspricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie frei die Bewohnerin aus dem Beschäftigungsangebot wählen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie frei die Bewohnerin darin ist, ihren Tagesablauf selbst zu gestalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie sehr die Bewohnerin in alltägliche Abläufe und Tätigkeiten aktiv eingebunden wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie sehr die Einrichtung Ihrem Eindruck nach andere am Alltagsleben in der Wohneinrichtung mitwirken lässt (z. B. durch Angehörigen- oder Wohnbeirat, Fürsprecher o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie frei die Bewohnerin ihr Zimmer nach eigenen Wünschen gestalten kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Vorbeugende und schützende Maßnahmen

Im Folgenden sind einige Aspekte zum Thema „vorbeugende und schützende Maßnahmen“ genannt. Bitte geben Sie jeweils an, ob die Wohneinrichtung Ihre Erwartungen „übertrifft“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ hat. Denken Sie dabei bitte vor allem an die letzten drei Monate .					
Meine Erwartungen, bezogen darauf, ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	übertrifft	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie die Privatsphäre der Bewohnerin gewahrt wird (z. B. vor Betreten des Wohnraumes anzuklopfen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie die Intimsphäre der Bewohnerin gewahrt wird (z. B. bei Toiletteengängen die Türen zu schließen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie frei die Bewohnerin darüber bestimmen kann, von wem sie sich bei der Körper- und Intimpflege unterstützen lässt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie lange es dauert, bis Pflegende üblicherweise auf einen Ruf (mündlich, per Glocke etc.) reagieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meine Erwartungen, bezogen darauf, ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	über- troffen	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie die Pflegenden für die Bewohnerin in Notfällen erreichbar sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie gut die Einrichtung mit einer Erkrankung der Bewohnerin umgeht (z. B. rechtzeitiges Hinzuziehen einer Ärztin, pflegerische Maßnahmen, Information des gesetzlichen Betreuers usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie umfassend die körperliche Gesundheit geschützt wird (z. B. Vorbeugung von Druckgeschwüren, Gelenkversteifung, Lungenentzündungen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie das emotionale Wohlbefinden der Bewohnerin gefördert wird (z. B. wie sicher sich die Bewohnerin fühlt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie umfassend die Beratungsleistungen zu gesundheitlichen Fragen der Bewohnerin sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie sehr sich das mir bekannte Personal insgesamt engagiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Speise- und Getränkeangebot

Im Folgenden sind einige Aspekte zum Thema „Speise- und Getränkeangebot“ genannt. Bitte geben Sie jeweils an, ob die Wohneinrichtung Ihre Erwartungen „übertroffen“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ hat. Denken Sie dabei bitte **vor allem an die letzten drei Monate**.

Meine Erwartungen, bezogen darauf ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	über- troffen	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie vielfältig die Auswahl an Speisen ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie gut die Speisen der Bewohnerin schmecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie ausgewogen die Nahrungsmittel sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie flexibel die Einrichtung auf die Wünsche der Bewohnerin hinsichtlich der Mahlzeiten eingeht (z. B. zu welcher Uhrzeit, Größe der Portionen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie vielfältig das Angebot an Zwischenmahlzeiten ist (Joghurt, Obst, Kuchen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie vielfältig die Auswahl an frei verfügbaren Getränken ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie frei die Bewohnerin darin ist, eigene alkoholische Getränke genießen zu dürfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wohnen und Hauswirtschaft

Bitte schätzen Sie aufgrund Ihrer Erlebnisse **besonders der letzten drei Monate** in der Wohneinrichtung die folgenden Aussagen zum Thema „Wohnen und Hauswirtschaft“ ein. Mit den Kästchen zwischen den Aussagen können Sie Ihre Einschätzungen abstimmen.

							weiß nicht
Die Sauberkeit der Nassräume ist einwandfrei.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>
Die Sauberkeit des Geschirrs (Teller, Besteck, Trinkgefäße etc.) ist einwandfrei.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>
Die Ordnung in den Gemeinschaftsräumen ist so, dass sich die Bewohnerin dort voll und ganz wohlfühlt.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>
Die Wohnatmosphäre der Gemeinschaftsräume ist sehr angenehm.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>
Die Reinigung der persönlichen Kleidung ist einwandfrei.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>
Die Versorgung der Bewohnerin mit sauberer Wäsche ist einwandfrei.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>

5. Kommunikation

Bitte schätzen Sie aufgrund Ihrer Erlebnisse **besonders der letzten drei Monate** in der Wohneinrichtung die folgenden Aussagen ein. Mit den Kästchen zwischen den Aussagen können Sie Ihre Einschätzungen abstimmen.

							weiß nicht
Das Personal hat für <u>meine</u> Wünsche oder Bitten jederzeit ein offenes Ohr.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>
Das Personal hat für die Wünsche oder Bitten <u>der Bewohnerin</u> jederzeit ein offenes Ohr.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>
Das Personal geht mit <u>meinen</u> kritischen Rückfragen/Anmerkungen stets konstruktiv um.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit einer Leitungsperson (z. B. Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung) ausführlicher sprechen möchte, bekomme ich zeitnah einen Termin.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>
Ich habe in der Wohneinrichtung jederzeit die Möglichkeit, mich mit der Bewohnerin ungestört unterhalten zu können.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit dem Wohnbeirat in Kontakt treten möchte, ist das völlig unkompliziert möglich.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>
Der Umgangston des Personals <u>mir gegenüber</u> ist jederzeit wertschätzend.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>
Der Umgangston des Personals <u>der Bewohnerin und anderen Bewohnerinnen gegenüber</u> ist meinem Eindruck nach jederzeit wertschätzend.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>
Ich kann stets darauf vertrauen, dass Absprachen <u>zwischen mir</u> und dem Personal eingehalten werden.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	<input type="checkbox"/>

						weiß nicht
Ich fühle mich jederzeit gut über wichtige Dinge, die die Bewohnerin betreffen, informiert. [Hinweis: bestimmte Informationen darf die Wohneinrichtung nur an gesetzliche Betreuer geben.]	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu <input type="checkbox"/>
Das Personal informiert sich meinem Eindruck nach sehr gut untereinander über die Bewohnerin.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu <input type="checkbox"/>

6. Kritische Ereignisse

Hinweis: Die Ergebnisse dieses Fragenkapitels werden nicht veröffentlicht.

Im Folgenden sind einige kritische Ereignisse genannt. Bitte geben Sie an, wie häufig im vergangenen Jahr ein solches Ereignis in der Wohneinrichtung vorgekommen ist.					
Wie häufig kam es vor, ...	nie	einmal	mehrfach	häufig	weiß nicht
dass Sie Mängel in der Körperpflege der Bewohnerin feststellen mussten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass die Bewohnerin vom Personal körperlich grob behandelt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass die Bewohnerin vom Personal mit Worten grob behandelt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass die Bewohnerin von anderen Bewohnerinnen körperlich angegriffen wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass sich die Bewohnerin ungeklärte Verletzungen zugezogen hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass schwerwiegende Ereignisse (z. B. Stürze, Verletzungen) nicht in die Pflegedokumentation aufgenommen wurden? [Hinweis: Die Pflegedokumentation darf nicht von jedermann eingesehen werden.]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Unterstützung der Bewohnerin

Im Folgenden sind einige Aspekte zum Thema „Unterstützung der Bewohnerin“ genannt. Bitte geben Sie jeweils an, ob die Wohneinrichtung Ihre Erwartungen „übertroffen“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ hat. Denken Sie dabei **besonders an die letzten drei Monate**.

Meine Erwartungen, bezogen darauf ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	über-troffen	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie die Bewohnerin dabei unterstützt wird, Kontakte zu anderen Bewohnerinnen aufzubauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie die Bewohnerin dabei unterstützt wird, an Aktivitäten im Stadtteil teilnehmen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie die Bewohnerin dabei unterstützt wird, ihren Glauben und ihre Spiritualität auszuüben (z. B. Andachten im Haus, Besuch von Gottesdiensten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie das Personal die Bewohnerin dabei unterstützt, Termine bei Therapeutinnen oder Ärztinnen außerhalb der Einrichtung wahrnehmen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie sehr sich das Personal darum bemüht, dass ggf. benötigte Hilfsmittel der Bewohnerin funktionstüchtig sind (z. B. Brillen, Hörgeräte, Rollstühle, Prothesen). [Hinweis: Die Einrichtung ist dafür in vielen Fällen nicht verantwortlich, kann aber beispielsweise eine Wartung veranlassen oder jeweils Zuständige informieren]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Fragen zum Personal

Bitte schätzen Sie aufgrund Ihrer Erlebnisse der letzten drei Monate in der Einrichtung die folgenden Aussagen ein. Mit den Kästchen zwischen den Aussagen können Sie Ihre Einschätzungen abstimmen.						
						weiß nicht
Das Personal zeigt im Großen und Ganzen ein hohes Einfühlungsvermögen.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu <input type="checkbox"/>
Es gibt kaum Wechsel beim Stammpersonal, das die Bewohnerin versorgt.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu <input type="checkbox"/>
Es gibt verlässlich eine Haupt-Ansprechpartnerin für die Bewohnerin und mich (sog. Bezugspflegekraft).	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu <input type="checkbox"/>
Meinem Eindruck nach geht das Personal mit verwirrten Bewohnerinnen der Wohneinrichtung jederzeit respektvoll um.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu <input type="checkbox"/>
Das Personal achtet stets auf die eigene Körperhygiene.	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu <input type="checkbox"/>
Das Personal geht mit dem Eigentum der Bewohnerin jederzeit sorgsam um (z. B. Kleidung, Schmuck, Prothesen, Hörgeräte usw.).	stimme voll zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu <input type="checkbox"/>

9. Ihre Einschätzung insgesamt

Bitte beantworten Sie diese abschließenden Fragen zur Wohneinrichtung insgesamt.						
Fühlt sich <u>die Bewohnerin</u> in der Wohneinrichtung so wohl, dass sie diese als ein neues Zuhause betrachtet?	voll und ganz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht
Wenn Sie heute (nochmal) wählen könnten – würden <u>Sie sich</u> wieder für diese Wohneinrichtung entscheiden?	auf jeden Fall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	auf keinen Fall
Würden <u>Sie</u> diese Wohneinrichtung Ihrem besten Freund / Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?	auf jeden Fall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	auf keinen Fall

10. Lob und Kritik an die Einrichtung

Hinweis: Ihre Rückmeldung wird unverändert an die Einrichtung weitergeleitet, aber nicht veröffentlicht. Falls Sie anonym bleiben möchten, sollten Sie nicht Ihren Namen, den Namen der Bewohnerin oder andere Angaben machen, die Sie oder die Bewohnerin erkennbar werden lassen.

Was möchten Sie der Einrichtung als **Lob** zurückmelden?

Was möchten Sie der Einrichtung als **Kritik** zurückmelden?

11. Persönliche Angaben

Hinweis: Die folgenden persönlichen Angaben dienen allein wissenschaftlichen Zwecken und werden nicht veröffentlicht oder an die Einrichtung weitergegeben. Wir bitten Sie auch hier um Ihre freiwilligen Angaben.

Bitte vervollständigen Sie die Angaben zu Ihrer Person und der in der Wohneinrichtung lebenden Bewohnerin.									
	30 Jahre o. jünger	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	81-90 Jahre	91 Jahre o. älter	keine Angabe
Wie alt ist die Bewohnerin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie alt sind Sie selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte geben Sie das Geschlecht der Bewohnerin an.	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>		divers <input type="checkbox"/>					
Bitte geben Sie Ihr eigenes Geschlecht an.	weiblich <input type="checkbox"/>		männlich <input type="checkbox"/>		divers <input type="checkbox"/>				
Bitte geben Sie den Pflegegrad der Bewohnerin an.	Grad 1 <input type="checkbox"/>	Grad 2 <input type="checkbox"/>	Grad 3 <input type="checkbox"/>	Grad 4 <input type="checkbox"/>	Grad 5 <input type="checkbox"/>	kein Pflegegrad <input type="checkbox"/>			
Ist die Bewohnerin Ihres Wissens oder Ihrem Eindruck nach von einer geistigen Beeinträchtigung betroffen, die ihr Verhalten verändert(z. B. Demenz, Alzheimer o. ä.)?						Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bitte geben Sie an, wie lange die Bewohnerin bereits in der Einrichtung lebt.	Weniger als 3 Monate <input type="checkbox"/>		3 bis 6 Monate <input type="checkbox"/>	6 bis 12 Monate <input type="checkbox"/>	12 bis 24 Monate <input type="checkbox"/>	Länger als 24 Monate <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Bitte geben Sie an, wie häufig <u>Sie persönlich</u> in der Regel die Bewohnerin in der Wohneinrichtung besuchen.	mehrmals wöchentlich <input type="checkbox"/>		wöchent- lich <input type="checkbox"/>	monat- lich <input type="checkbox"/>	viertel- jährlich <input type="checkbox"/>	seltener <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Bitte geben Sie an, wie häufig <u>Sie persönlich</u> ansonsten Kontakt mit der Bewohnerin haben, etwa per Telefon, Handy-App oder E-Mail.	mehrmals wöchentlich <input type="checkbox"/>		wöchent- lich <input type="checkbox"/>	monat- lich <input type="checkbox"/>	viertel- jährlich <input type="checkbox"/>	seltener <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Auf welche Weise sind Sie mit der Bewohnerin verwandt bzw. mit Ihr verbunden? Bitte kreuzen Sie an:			
Ehefrau / -mann	<input type="checkbox"/>	Neffe / Nichte	<input type="checkbox"/>
Partnerin / Partner	<input type="checkbox"/>	Cousine / Cousin	<input type="checkbox"/>
Tochter / Sohn	<input type="checkbox"/>	enge Freundin / enger Freund	<input type="checkbox"/>
Schwiegertochter / Schwiegersohn	<input type="checkbox"/>	andere	<input type="checkbox"/>
Schwester / Bruder	<input type="checkbox"/>	keine Angabe	<input type="checkbox"/>
Enkeltochter / -sohn	<input type="checkbox"/>		

Bitte geben Sie an, ob Sie für die Bewohnerin in gesundheitsbezogenen Fragen die gesetzliche Betreuung übernommen haben.			
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angabe <input type="checkbox"/>